

非歧视通知

歧视是违反法律的行为。阿拉米达县行为健康部 (ACBHD) 遵循本州和联邦民权法律。ACBHD 不会因性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、民族认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向而非法歧视、排斥或区别对待任何人。

ACBHD 为残障人士提供免费援助和服务，帮助他们更好地沟通，例如：

- 合格的手语翻译
- 其他格式的书面信息（大字印刷版、盲文、音频或可访问的电子格式）
- 为非英语母语人士提供免费语言服务，例如：
- 合格的口译员
- 以其他语言编写的信息

如果您需要这些服务，请联系您的服务提供商或致电 ACBHD ACCESS（电话：1-800-491-9099）（TTY：711。或者，如果您听不清或说不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）。本文档可应要求以盲文、大字印刷版、音频或可访问的电子格式提供给您。

如何提出申诉

如果您认为 ACBHD 未能提供这些服务或以其他方式基于性别、种族、肤色、宗教、血统、国籍、族裔群体认同、年龄、精神残疾、身体残疾、医疗状况、遗传信息、婚姻状况、性别、性别认同或性取向进行非法歧视，您可以向 ACBHD 消费者援助办公室提出申诉。您可以致电、书面或亲自提出申诉：

- 通过电话：周一至周五上午 9 点至下午 5 点之间致电 1-800-779-0787 联络消费者援助办公室。或者，如果您听不清或说不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）。
- 书面：填写申诉表或写信并寄至：

Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

- 亲自提出：前往您提供者的办公室或心理健康协会，地址为 2855 Telegraph Ave, Suite 501, Berkeley, CA 94705，并表示您想提出申诉。
- 申诉表格可在线获取：<https://www.acbhcs.org/plan-administration/file-a-grievance/>。

民权办公室 – 加州医疗保健服务部

您还可以通过电话、书面或电子方式向加州医疗保健服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：致电 916-440-7370。如果您说不清或听不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）。
- 书面：填写投诉表或写信并寄至：
- Department of Health Care Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
- Sacramento, CA 95899-7413
- 投诉表格可在线获取：<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>
- 电子方式：发送电子邮件至 CivilRights@dhcs.ca.gov。

民权办公室 – 美国卫生与公众服务部

如果您认为自己因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视，您也可以通过电话、书面或电子方式向美国卫生与公众服务部民权办公室提出民权投诉：

- 通过电话：致电 1-800-368-1019。如果您说不清或听不清，请致电 711（加利福尼亚州中继）/TDD：711
 - 书面：填写投诉表或写信并寄至：
- U.S. Department of Health and Human Services**
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- 投诉表格可在线获取：<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>。
 - 电子方式：访问民权办公室投诉门户网站：
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>